ANEXA Nr. 15
la norme

Unitatea sanitară . . . . . .
localitatea . . . . . ., judeţul/sectorul . . . . . .

ACORDUL
pacientului cu afecţiuni oncologice

Subsemnatul/a, ..., CNP . . . . . ., domiciliat(ă) în str. . . . . nr. . . ., bl. . . ., sc. . . ., et. . . . . ., ap. . . . . ., sectorul . . . . . ., localitatea . . . . . ., judeţul . . . . . ., telefon . . . . . ., diagnosticat cu . . . . . .,

menţionez că persoana care mă însoţeşte la tratamentul/intervenţia chirurgicală . . . . . este:

- numele şi prenumele . . . . . ., CNP . . . . . ., domiciliat(ă) în str. . . . . nr. . . ., bl. . . ., sc. . . ., et. . . . . ., ap. . . . . ., sectorul . . . . . ., localitatea . . . . . ., judeţul . . . . . ., telefon . . . . . .

În vederea gestionării numărului de zile de concediu medical pentru îngrijirea pacientului cu afecţiuni oncologice, persoana care mă însoţeşte va transmite o copie a certificatului de concediu medical la casa de asigurări de sănătate la care subsemnatul sunt luat în evidenţă, inclusiv prin mijloace de transmitere la distanţă.

Semnătura pacientului cu afecţiuni oncologice
. . . . . .
Data . . . . . .
Semnătura persoanei care însoţeşte pacientul cu afecţiuni oncologice
. . . . . .